

L 7 R 3752/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 2 R 804/13
Datum
25.08.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 R 3752/15
Datum
22.05.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 25. August 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der Kläger ist 1962 geboren und bei der Beklagten rentenversichert. Er hielt sich vom 25. Oktober bis 22. November 2011 zur stationären medizinischen Rehabilitation in der Klinik am S. in B. S. auf. Im Entlassungsbericht vom 1. Dezember 2011 berichtete Privatdozent Dr. D. über die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig mittelgradig), einer Sozialphobie, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer Lumboischialgie sowie eines Spannungskopfschmerzes. Der Kläger könne eine Tätigkeit als Metallarbeiter sowie leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in wechselnder Arbeitshaltung sechs Stunden und mehr täglich verrichten.

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Z. erstellte unter dem 30. Juli 2012 im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit B. ein ärztliches Gutachten über den Kläger auf Grund einer Untersuchung vom selben Tag. Er diagnostizierte eine anhaltende Dysthymie. Eine Leistungseinschränkung liege nicht vor. Dem Kläger könnte nach seiner Einschätzung durch eine intensive, auch längerdauernde Krankenhausbehandlung mit Verordnung eines modernen, antriebsfördernden Antidepressivums geholfen werden. Dem Kläger seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, die seinem Ausbildungsstand entsprechen, nach langsamer stufenweiser Wiedereingliederung über den Krankenversicherungsträger vollschichtig möglich, nicht jedoch Schichttätigkeit und Akkordarbeit. Als psychischen Befund hielt Dr. Z. fest, dass es sich beim Kläger um einen bewusstseinsklaren, allseits voll orientierten Probanden in altersentsprechendem Zustand handele. Das Denken sei inhaltlich und formal ungestört und geordnet gewesen, ohne Wahrnehmungsstörung und ohne Suizidalität, ohne Störung der kognitiven-mnestischen oder intellektuellen Fähigkeiten. Affektiv habe der Kläger durchgehend dysphorisch-moros herabgestimmt, eingeschränkt affektiv schwingungsfähig und angespannt gewirkt.

Der Kläger beantragte am 14. August 2012 Rente wegen Erwerbsminderung. Er halte sich seit Sommer 2010 wegen seelischer Beschwerden, "Wirbelsäule" und "Bandscheiben" für erwerbsgemindert.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 6. September 2012 ab. Der Kläger könne noch mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein.

Hiergegen erhob der Kläger am 26. September 2012 Widerspruch. Er leide seit vielen Jahren unter schwersten Depressionen. Diese hätten sich so verschlechtert, dass er keine leichten Arbeiten mehr vollschichtig verrichten könne. Daneben lägen massive Schmerzstörungen der Wirbelsäule vor, insbesondere nachdem ein Bandscheibenvorfall aufgetreten sei. Eine nervenärztliche Untersuchung sei bislang im Rahmen des Verfahrens nicht erfolgt. Aus dem Gutachten des Dr. Z. ergebe sich, dass ein untermittelt schichtiges Leistungsvermögen vorliege. Dies sei der Ist-Zustand. Eine Verbesserung könne durch intensive, auch längerdauernde Krankenhausbehandlung mit Verordnung moderner Antidepressiva erreicht werden. Dies sei eine Vermutung, die nicht bewiesen sei. Im Übrigen habe die Untersuchung durch Dr. Z. nur etwa fünf Minuten gedauert.

Im Auftrag der Beklagten erstellte Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. auf Grund einer Untersuchung des Klägers vom 30. November 2012 unter dem 20. Dezember 2012 ein ärztliches Gutachten. Er diagnostizierte eine Dysthymia, ein Lendenwirbelsäulen- und ein Halswirbelsäulensyndrom. Auf Grund dessen sei das Leistungsvermögen qualitativ etwas eingeschränkt, aber nicht aufgehoben. Leichte Arbeiten könnten zeitweise im Stehen, überwiegend im Gehen, überwiegend im Sitzen in Tagesschicht, in Früh- und Spätschicht ohne besonderen Zeitdruck, ohne besondere Anforderung an Konzentrations- und Reaktionsvermögen, ohne häufiges Heben und Tragen von Lasten und ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne häufiges Bücken und ohne häufige Überkopfarbeit weiterhin vollschichtig sechs Stunden und mehr verrichtet werden. Im psychopathologischen Befund hielt Dr. M. fest, dass der Kläger im Gespräch zugewandt und auskunftsbereit gewesen sei. Bewusstsein und Orientierung seien unauffällig. Konzentrationsvermögen, Aufmerksamkeitsstörung, Auffassung und Gedächtnisfunktion seien im Gespräch nicht erkennbar beeinträchtigt gewesen. Es gebe keinen Anhalt für eine Beeinträchtigung anderer neuropsychologischer Funktionen. Es bestünden keine formalen Denkstörungen, keine Befürchtungen oder Zwänge und keine inhaltlichen Denkstörungen, keine erkennbaren Wahrnehmungsstörungen und keine Ich-Störungen. Antrieb und Psychomotorik erschienen normal. Die Stimmungslage wirke leicht gedrückt, wobei aber auch Anzeichen einer Verdeutlichungstendenz erkennbar seien. Es lägen kein Gedankenkreisen und keine zirkadianen Besonderheiten vor. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei unauffällig. Anamnestisch würden Ängste in der Nacht während der Schlaflosigkeit angegeben. Sämtliche Angaben würden sehr flüssig und ausführlich verbal dargeboten, wobei das persönliche Leiden immer wieder sehr betont berichtet werde.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 6. September 2012 mit Widerspruchsbescheid vom 8. März 2013 zurück. Es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch weniger als sechs Stunden oder weniger als drei Stunden täglich arbeiten könne.

Hiergegen hat der Kläger am 19. März 2013 beim Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage erhoben. Er sei nicht in der Lage, regelmäßig sechs Stunden leichte Tätigkeiten zu verrichten. Er leide unter schwersten Depressionen. Die Depressionen hätten sich nicht verbessert, sondern verschlimmert. Daneben liege eine schwere Schmerzstörung vor, verursacht unter anderem durch einen jetzt festgestellten Bandscheibenvorfall.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat eine sozialmedizinische Stellungnahme der Fachärztin für Innere Medizin Dr. Jöst vom 19. August 2013 sowie eine sozialmedizinische Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. N. vom 24. Februar 2014 vorgelegt.

Das SG hat zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. S. hat unter dem 2. Mai 2013 berichtet, dass sich der Kläger seit April 2012 in seiner proktologischen Behandlung befinde. Erst seit Dezember 2012 befinde er sich auch in seiner hausärztlichen Behandlung. Seit Dezember 2012 sei es dreimal zu einer Behandlung gekommen. Der Kläger leide unter einer depressiven Verstimmung mit Schlafstörungen und Rückenschmerzen, zusätzlich unter Juckreiz und Hämorrhoiden. Die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers könne er nicht beurteilen. Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. M. hat unter dem 2. Mai 2013 über Behandlungen des Klägers zwischen 1996 und April 2013 berichtet. Er habe keine Bedenken gegen die Beurteilung, dass der Kläger noch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich verrichten könne. Bezüglich der von ihm erhobenen Befunde bestehe eine zum Teil schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ohne eindeutige radikuläre Schmerzsymptomatik. Des Weiteren bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit nachgewiesenem intraspinalen bzw. intraforaminalen Diskusprolaps rechts im Segment C5/C6 und kleinem dorsomedialen Diskusprolaps im Segment C4/C5 mit entsprechender Beschwerdesymptomatik. Außerdem bestehe ein Karpaltunnelsyndrom mit einer Störung der Empfindlichkeit im Bereich des Daumens, des Zeigefingers, des Mittelfingers und Teilen des Ringfingers auf der rechten Seite sowie Beschwerden im rechten Ellenbogen im Sinne eines Tennisellenbogens. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. hat unter dem 22. Juli 2013 über regelmäßige Behandlungen des Klägers seit 1996 berichtet. Bei dem Kläger läge eine depressive Störung mit Schlafstörung vor. Hieraus resultierten eine Antriebsminderung sowie eine verminderte Ausdauer. Zur Leistungsfähigkeit des Klägers hat sich Dr. R. nicht geäußert.

Das SG hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Dr. G. zum gerichtlichen Sachverständigen bestellt. Dr. G. hat unter dem 23. Dezember 2013 ein nervenfachärztliches Gutachten auf Grund einer Untersuchung des Klägers vom 17. Dezember 2013 erstellt. Er hat eine rezidivierende depressive Störung mit Chronifizierung, eine somatoforme Schmerzstörung, eine soziophobische Störung, ein Halswirbelsäulensyndrom mit Wurzelreizsymptomatik C6 rechts bei Bandscheibenvorfall HWK 5/6, ein Lendenwirbelsäulensyndrom sowie eine Schädigung des Nervus saphenus links und eine unklare Schädigung der Nervi clunii diagnostiziert. Er halte den Kläger in der Zusammenschau allenfalls für unterhalbschichtig in einem quasi geschützten Arbeitsplatz für arbeitsfähig. Sinnvoll wäre zum Beispiel eine Trainingsmaßnahme in einer Werkstatt für psychisch Kranke oder eine maximal vier Stunden tägliche Trainingsmaßnahme in einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung. Derzeit halte er den Kläger für unter drei Stunden täglich leistungsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Unter der Maßgabe einer Trainingsmaßnahme schlage er eine Berentung auf Zeit für zwei Jahre vor; danach sollte eine erneute Beurteilung erfolgen. Dr. G. dokumentierte als Befund unter anderem, dass die Extremitäten aktiv und passiv frei beweglich gewesen seien. Im Hirnnervenbereich bestünden keine Auffälligkeiten. Es bestünden Dysästhesien der mittleren Finger rechts ohne scharfe Grenze, weiter Hypästhesie und Hypalgesie im Versorgungsbereich des Nervus saphenus links sowie der Nervi clunii (linke Gesäßregion) links. Bei den Koordinationsprüfungen falle lediglich ein etwas schwankender Unterberger Tretversuch auf. Der Kläger sei bewussteinklar und zur Zeit, Ort und Person vollständig orientiert, durchgehend herabgestimmt, habe mutlos gewirkt, seine Stimme matt, der Antrieb reduziert, psychomotorisch eingeengt und verlangsamt. Es bestünden keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen von psychotischer Qualität und keine Suizidalität. Die Intelligenzleistung sei durchschnittlich. Der Demtect-Test spreche für eine kognitive Beeinträchtigung, der Hamilton-Depressionstest für eine mittelgradige depressive Symptomatik. Dr. G. hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 3. April 2014 an seinen gutachterlichen Einschätzungen in Konfrontation mit Einwänden der Beklagten festgehalten.

Das SG hat sodann Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. von Amts wegen zu gerichtlichen Sachverständigen bestellt. Dr. K. hat unter dem 20. September 2014 auf Grund einer Begutachtung des Klägers am 9. September 2014 ein neurologisch-psychiatrisches Fachgutachten erstellt. Er hat eine Soziophobie, eine Dysthymie sowie ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen diagnostiziert. Bei der Begutachtung habe der Kläger vor allem über einen Kopfdruck und eher leichtgradig wirkende Schmerzen im Nacken und der Wirbelsäule geklagt. Ein organisches Korrelat hierfür habe sich nicht gefunden. Die Bewegungsabläufe bei der Untersuchung seien unauffällig gewesen und im Gespräch seien keine schonbedingten Änderungen der Körperhaltung als Ausdruck eines Schmerzerlebens zu

beobachten gewesen. Geklagt habe der Kläger daneben über kognitive Störungen und eine massive Vergesslichkeit, die sich aber im Gespräch habe nicht objektivieren lassen. Tendenzen zu einer gewissen Verdeutlichung seien in der durchgeführten Testuntersuchung nicht auszuschließen, zumal die Deutschkenntnisse des Klägers bei den geforderten Testleistungen durchaus noch ausreichend wirkten. Im Vordergrund stehe psychopathologisch eine ängstlich depressive Symptomatik und ein passives Vermeidungsverhalten, wobei der ängstliche Teil dominiere. Eine schwergradige Depressivität sei nicht zu erkennen gewesen. Eine intensivere Behandlung der Angstsymptomatik mit soziophobischem Charakter und der Antriebsstörung finde derzeit nicht statt. Der Kläger erhalte keine höherdosierte depressive Medikation und keine medikamentöse Behandlung der Angstsymptomatik. Auch aus seinem therapeutischen Umfeld würden seine passiven Mechanismen eher dysfunktional chronifiziert mit hochdosierten sedierenden Antidepressiva und Schlafmedikamenten. Dabei sei im Gespräch doch immer wieder affektive Erregbarkeit auch mit einem gelegentlichen Lächeln oder einem dem Kläger eigenen Humor festzustellen gewesen. Ängste entstünden vor allem in sozialen Ansammlungen als Hinweise auf eine soziophobische Symptomatik. Hieraus ergebe sich eine qualitative Einschränkung hinsichtlich Arbeiten mit Leistungsdruck oder Arbeiten mit häufig wechselnden Umgebungssituationen. Eine quantitative Einschränkung für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne die genannten Anforderungen an Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sei jedoch nicht abzuleiten. Soziophobische Symptome würden mehrfach beschrieben, nicht aber behandelt. Berentung ohne Therapie würde eher chronifizierend wirken und wäre kontraproduktiv. Die therapeutischen Möglichkeiten seien keinesfalls ausgeschöpft, auch nicht hinsichtlich einer nochmaligen psychosomatischen Rehabilitation. Der Kläger habe Arbeiten in Menschenansammlungen, mit häufig wechselnden Anforderungen und unter stärkerer körperlicher oder geistiger Beanspruchung und Zeitdruck zu vermeiden. Gründe, eine Einschränkung der Wegefähigkeit anzunehmen, ergäben sich nicht. Bei Beachtung dieser qualitativen Einschränkung halte er eine mindestens sechsstündige Arbeit für zumutbar. Einerseits erschienen die therapeutischen Optionen der Angstsymptomatik nicht ausgeschöpft, andererseits sei auch bereits von der Tagesklinik in Albstadt im Jahr 2012 die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als sinnvoll eingestuft worden. Dr. K. hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 20. November 2014 in Konfrontation mit Einwendungen des Klägers an seiner gutachterlichen Einschätzung festgehalten.

Das SG hat anschließend Dipl.-Psych. N. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. Dieser hat unter dem 9. Januar 2015 von einer einmaligen Untersuchung des Klägers am 24. November 2014 und dabei festgestellten Hirnleistungsstörungen berichtet.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 25. August 2015 abgewiesen. Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung hätten nicht bewiesen werden können.

Gegen das ihm am 1. September 2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 7. September 2015 Berufung eingelegt. Er hat auf eine Begutachtung in der Klinik am S. hingewiesen, in der ein reduziertes Arbeitstempo auf Grund der depressiven Symptomatik angegeben worden sei. Außerdem hat er auf das Gutachten des Dr. G. verwiesen. Zur Frage der kognitiven Einschränkung und Minderbelastbarkeit habe Dr. K. nicht Stellung genommen. Dr. R. habe eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung veranlasst, die Dr. K. nicht durchgeführt habe. Der allgemeine Eindruck, die Testung der intellektuellen Befähigung und Mnestic und veränderten Aufmerksamkeitsfunktionen hätten Hinweise auf eine recht deutliche Beeinträchtigung in allen untersuchten Bereichen ergeben. Der klinische Eindruck entspreche aber nicht dem einer deutlichen Demenz, sondern Dr. R. gehe von einer Überlagerung der Testresultate durch eine depressive Entwicklung aus, also Antriebsminderung, Erschöpfung und nach innen gerichteter Aufmerksamkeit. Der Kläger hat ein Schreiben des Dr. R. vom 2. Mai 2016 (Diagnose: Dysthymie, deutlich chronifizierte Depression) sowie ein Attest des Dr. R. vom 29. September 2016 vorgelegt. Der Kläger hat zudem das im Verfahren S 11 SB 1171/16 vom SG eingeholte nervenärztliche Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. vom 9. Februar 2017 (rezidivierende Depression, seit sechs bis sieben Jahren chronifiziert mit gegenwärtig mittelgradiger bis schwerer depressiver Symptomatik) vorgelegt. Er hat ferner ein ärztliches Attest des Facharztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. M. vom 2. November 2017 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 25. August 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 6. September 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. März 2013 zu verurteilen, ihm ab dem 1. August 2012 Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Zeit, zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält an ihrer Auffassung fest. Sie hat sozialmedizinische Stellungnahmen des Dr. N. vom 10. Juni 2016, vom 2. September 2016 und vom 14. Oktober 2016 vorgelegt.

Der Senat hat Dr. R. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. Dr. R. hat unter dem 22. Juli 2016 mitgeteilt, dass der Kläger bei seinen Untersuchungen über Antriebsarmut, Perspektivlosigkeit, depressive Stimmungslage und Leistungsunfähigkeit geklagt habe. Er habe die Störung im Rahmen einer Dysthymie eingeordnet. Trotz medikamentöser Behandlung erfolge seit Jahren keine Besserung.

Der Senat hat sodann Chefarzt der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik I des Psychiatrischen Zentrums N., Prof. Dr. S., von Amts wegen zum gerichtlichen Sachverständigen bestellt. Prof. Dr. S. hat unter dem 13. September 2017 auf Grund einer Untersuchung des Klägers vom 26. Juli 2017 ein ärztliches Gutachten vorgelegt. Er hat eine Dysthymia, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie außerhalb seines Fachgebietes einen Spannungskopfschmerz diagnostiziert. Es hätten sich bei der Untersuchung Hinweise auf negative Antwortverzerrungen und instruktionswidrige Anstrengungsminderleistungen ergeben, die nach Art und Ausprägung als minderschwere Verdeutlichungstendenzen bewertet würden. Positive Hinweise eines bewussten Vortäuschungsverhaltens im Sinne von Aggravation oder gar Simulation seien nicht nachzuweisen gewesen. Die auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen führten zu einer relevanten Minderung der Stressbelastbarkeit. Berufliche Tätigkeiten, die mit erhöhter psychovegetativer Belastung einhergingen (etwa durch Zeitdruck oder Nacharbeit) kämen für den Kläger nicht in Frage. Dysthymiebedingt seien die sozialen Kompetenzen des Klägers beeinträchtigt. Tätigkeiten, die erhöhte Anforderung an die Kontaktfähigkeit zu Dritten bedingten, etwa Tätigkeiten mit unmittelbarem Publikumsverkehr, beratende Tätigkeiten et cetera seien auszuschließen. Entsprechendes gelte für Tätigkeiten mit erhöhter Verantwortung für Personen oder Sachwerte oder Tätigkeiten mit andauernd erhöhter Anforderung an die

Aufmerksamkeitsleistung (zum Beispiel Arbeiten an gefährlich laufenden Maschinen, Tätigkeiten mit Kontrollfunktion und der Notwendigkeit des Eingreifens im Indikationsfall). Auf Grund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei von einer erhöhten Schmerzsensitivierung auszugehen. Vor diesem Hintergrund kämen körperlich schwere oder anhaltend mittelschwere Tätigkeiten (Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf Kilogramm) nicht in Frage, möglich hingegen seien leichte Tätigkeiten und vorübergehend mittelschwere Tätigkeiten. Wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten (Überkopfarbeiten, häufiges Bücken, häufigeres Besteigen von Leitern und Gerüsten) seien vor diesem Hintergrund nicht mehr zumutbar. Das Ausdauerleistungsvermögen sei durch diese Gesundheitseinschränkung jedoch nicht beeinträchtigt. Es hätten sich keine Hinweise auf Störungen basaler Motivations- und Antriebsfunktionen gezeigt. Der Kläger sei daher in der Lage, berufliche Tätigkeiten bei Beachtung der genannten qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden werktäglich an fünf Tagen pro Woche abzuleisten. Diese Leistungsbeurteilung entspreche definitiv nicht der leistungsbezogenen Selbsteinschätzung des Klägers, der sich in dieser Hinsicht jedoch nicht realistisch selbst einschätze. Die Wegefähigkeit sei gegeben. Prof. Dr. S. hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 11. Januar 2018 in Konfrontation mit Einwendungen des Klägers an seiner gutachterlichen Einschätzung festgehalten.

Mit Schreiben vom 16. Januar 2018 hat der Berichterstatter dem Kläger eine Frist zur Benennung eines orthopädischen Sachverständigen gemäß [§ 109 SGG](#), der zur Erstellung eines Gutachtens binnen drei Monate bereit ist, bis zum 14. Februar 2018 gesetzt. Der Kläger hat am 1. Februar 2018 beantragt, Dr. B. gemäß [§ 109 SGG](#) zum Sachverständigen zu bestellen. Die Ernennung Dr. B. zum Sachverständigen erfolgte mit Schreiben des Berichterstatters vom 21. März 2018. Dr. B. hat den Gutachtauftrag am 6. April 2018 an den Senat zurückgereicht, da er momentan keinerlei freie Kapazitäten habe. Der Berichterstatter hat die Beteiligten sodann auf die Absicht hingewiesen, die Berufung durch Beschluss zurückzuweisen und den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Beklagte hat sich mit einer Entscheidung durch Beschluss einverstanden erklärt. Der Kläger hat sich nicht geäußert.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

II.

1. Der Senat entscheidet über die Berufung des Klägers gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, da er die Berufung des Klägers einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten hatten Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Kläger hat sich nicht geäußert, insbesondere keine Einwände gegen eine Entscheidung durch Beschluss vorgebracht. Die Beklagte hat sich mit einer Entscheidung durch Beschluss einverstanden erklärt.

2. Die gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist auch im Übrigen zulässig. Sie bedarf insbesondere nicht der Zulassung, da der Kläger die Gewährung von Leistungen für mehr als ein Jahr begehrt ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

3. Die Berufung des Klägers ist aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 6. September 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. März 2013 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung seit dem 1. August 2012 (vgl. [§ 99 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)).

a) Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)), wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

b) Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger jedenfalls seit August 2012 leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden pro Tag verrichten kann, so dass es auf das Vorliegen der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht ankommt.

(1) Der Kläger leidet zum einen unter einer Dysthymia, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einem Spannungskopfschmerz. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. S. ... Zugunsten des Klägers geht der Senat zudem aufgrund des Gutachtens des Sachverständigen Dr. K. davon aus, dass auch eine Soziophobie vorliegt. Soweit Dr. K. ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen diagnostiziert hat, entspricht dies der Sache nach im Wesentlichen der somatoformen Schmerzstörung (dazu noch unten).

Schwerwiegendere Erkrankungen auf psychiatrischem Fachgebiet haben sich nicht zur Überzeugung des Senats feststellen lassen. Die Diagnose lediglich einer Dysthymia durch Prof. Dr. S. deckt sich mit den meisten aktenkundig gewordenen ärztlichen Einschätzungen. Bereits Dr. Z. hat in seinem Gutachten vom 30. Juli 2012 eine anhaltende Dysthymia diagnostiziert. Gleiches gilt für Dr. M. in seinem Gutachten vom 20. Dezember 2012. Beide Gutachten konnte der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwerten (vgl. etwa

Bundessozialgericht [BSG], Beschluss vom 14. November 2013 – [B 9 SB 10/13 B](#) – juris Rdnr. 6; BSG, Urteil vom 5. Februar 2008 – [B 2 U 8/07 R](#) – juris Rdnr. 51). Bestätigt wird diese Diagnose auch durch das Gutachten des Sachverständigen Dr. K. vom 20. September 2014 und die schriftliche sachverständige Zeugenaussage des Dr. R. vom 22. Juli 2016. Angesichts dessen ließ sich die vom gerichtlichen Sachverständigen Dr. G. im August 2013 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung nicht zur Überzeugung des Senats feststellen, zumal der von Dr. G. erhobene psychische Befund des Klägers (bewusstseinsklar und zur Zeit, Ort und Person vollständig orientiert, durchgehend herabgestimmt, habe mutlos gewirkt, seine Stimme matt, der Antrieb reduziert, psychomotorisch eingeengt und verlangsamt; keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen von psychotischer Qualität und keine Suizidalität) eine derartige Diagnose nicht nahelegt. Das Gleiche gilt für die Diagnose einer rezidivierenden Depression mit gegenwärtig mittelgradiger bis schwerer depressiver Symptomatik durch Dr. D. in dessen vom Kläger vorgelegten, in einem schwerbehindertenrechtlichen Verfahren eingeholten Gutachten vom 9. Februar 2017. Auch diese Diagnose findet im dokumentierten psychopathologischen Befund keine tragfähige Grundlage. Zwar deuten einzelne Elemente dieses Befundes auf eine psychiatrische Problematik hin, die Befunde selbst bleiben aber ohne konkrete und substantiierte Grundlage. Der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. S. hat im Übrigen in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 11. Januar 2018 auf die Defizite und Widersprüche im Gutachten des Dr. D. hingewiesen. Soweit Privatdozent Dr. D. im Entlassungsbericht vom 1. Dezember 2011 eine rezidivierende und gegenwärtig mittelgradige depressive Störung diagnostiziert hat, liegt dies vor dem hier streitgegenständlichen Zeitraum.

Soweit Dr. R. in dem vom Kläger vorgelegten Attest vom 29. September 2016 ausführt, seit der Begutachtung durch Dr. K. (am 9. September 2014) sei eine wesentliche Verschlimmer der Depression und deren Auswirkungen aufgetreten, steht dies im Widerspruch zur schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage des Dr. R. vom 22. Juli 2016, in der er (weiterhin) als Diagnose eine Dysthymie und ausdrücklich für die Zeit seit Mitte September 2014 keine Befundänderung angegeben hat.

Aus der neuropsychologischen Untersuchung des Klägers durch Dipl.-Psych. N. am 24. November 2014, deren Ergebnis dieser in seiner handschriftlichen Zeugenaussage gegenüber dem SG mit "Hirnleistungsstörungen" beschrieben hat, ergeben sich auch unter Berücksichtigung seines Arztbriefes vom 24. November 2014 keine wesentlichen Erkenntnisse. Danach hat die neuropsychologische Untersuchung Hinweise auf recht deutliche Beeinträchtigungen im visuell-konstruktiven Bereich, der Mnestic und der Aufmerksamkeitsfunktionen ergeben. Der klinische Eindruck hat dabei nicht dem einer deutlichen Demenz entsprochen; vielmehr ist Dipl.-Psych. N. von einer Überlagerung der Testresultate durch eine depressive Entwicklung ausgegangen. Eine über die festgestellten Diagnosen hinausgehende Erkrankung des Klägers lässt sich diesen Angaben damit nicht entnehmen.

Auf orthopädischem-neurologischem Fachgebiet liegt das von Dr. M. festgestellte Lendenwirbelsäulen- und Halswirbelsyndrom vor, mit – so der sachverständige Zeuge Dr. M. – einer schmerzhaft eingeschränkten Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und einer schmerzhaften Beweglichkeit der Halswirbelsäule nach Bandscheibenvorfällen in den Segmenten C4/C5 und C5/C6 bzw. – so Dr. M. im vom Kläger vorgelegten Attest vom 2. November 2017 – zuletzt mit einem Bandscheibenprolaps L3/4, einer Irritation der Wurzel L4 beidseitig und einer Bandscheibenprotusion L5/S1. Zu Gunsten des Klägers geht der Senat aufgrund des Gutachtens des Sachverständigen Dr. G. zudem von Schädigungen des Nervus saphenus links und der Nervi clunii aus.

Weitere Diagnosen, die sich auf die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers auswirken könnten, konnte der Senat nicht feststellen.

(2) Die festgestellten Gesundheitsstörungen schränken das berufliche Leistungsvermögen des Klägers in qualitativer, nicht aber in quantitativer Hinsicht ein.

Die Erkrankungen des Klägers schließen berufliche Tätigkeiten, die mit erhöhter psychovegetativer Belastung einhergingen (etwa durch Zeitdruck oder Nacharbeit), Tätigkeiten, die erhöhte Anforderung an die Kontaktfähigkeit zu Dritten bedingen (etwa Tätigkeiten mit unmittelbarem Publikumsverkehr, beratende Tätigkeiten), Tätigkeiten mit erhöhter Verantwortung für Personen oder Sachwerte, Tätigkeiten mit andauernd erhöhter Anforderung an die Konzentrationsleistung (zum Beispiel Arbeiten an gefährlich laufenden Maschinen, Tätigkeiten mit Kontrollfunktion und der Notwendigkeit des Eingreifens im Indikationsfall), körperlich schwere oder anhaltend mittelschwere Tätigkeiten (Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf Kilogramm) und wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten (Überkopparbeiten, häufiges Bücken, häufigeres Besteigen von Leitern und Gerüsten) aus. Dies entnimmt der Senat insbesondere dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. S., der sich insofern im Wesentlichen in Übereinstimmung mit Dr. M. (Gutachten vom 20. Dezember 2012) und dem Sachverständigen Dr. K. (Gutachten vom 20. September 2014) befindet.

Zur Überzeugung des Senats steht aber fest, dass der Kläger trotz der festgestellten Gesundheitsstörungen zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche verrichten kann. Hinsichtlich der Erkrankungen auf orthopädischem Gebiet gilt, dass solchen Befunden in aller Regel durch qualitative Leistungseinschränkungen Rechnung getragen werden kann und dass solche Gesundheitsbeeinträchtigungen nur in besonders begründeten Ausnahmefällen in der Lage sind, die berufliche Leistungsfähigkeit auch in zeitlicher Hinsicht zu limitieren (Beschluss des Senats vom 29. Januar 2018 – [L 7 R 2018/17](#) – n.v.; Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg, Urteil vom 24. Januar 2007 – [L 3 R 1341/06](#) – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27. Februar 2015 – [L 4 R 3727/13](#) – n.v.). Der Senat hat keine Anhaltspunkte dafür, dass bei dem Kläger eine solche Situation vorliegt. Selbst der Sachverständige Dr. G. hat festgestellt, dass die Extremitäten des Klägers aktiv und passiv frei beweglich sind. Die vom sachverständigen Zeugen Dr. M. berichtete schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule bedingt keine zeitliche Leistungseinschränkung. Dies gilt auch für den zuletzt festgestellten Bandscheibenprolaps L3/4, die Irritation der Wurzel L4 beidseits und die Bandscheibenprotusion L5/S1 sowie die Schädigungen des Nervus saphenus links und der Nervi clunii.

Ebenso folgen auch aus den festgestellten psychiatrischen Erkrankungen – sowohl bei isolierter Betrachtung als auch in Zusammenschau mit den orthopädisch-neurologischen Erkrankungen – keine rentenrechtlich relevanten zeitlichen Limitierungen der beruflichen Leistungsfähigkeit des Klägers. Der Senat geht mit dem gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. S. davon aus, dass der Kläger noch für mindestens sechs Stunden pro Tag leistungsfähig ist. Dies ist angesichts der festgestellten Diagnosen plausibel. Bei einer Dysthymia handelt es sich nach ihrer Definition nach dem ICD-10 (F34.1) lediglich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Eine Dysthymia führt daher in der Regel nicht zu einer Einschränkung

der beruflichen Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht (vgl. Beschluss des Senats vom 29. Januar 2018 – L 7 R 2018/17 – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 7. April 2015 – L 4 R 5183/14 – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. Juni 2015 – L 4 R 4233/14 – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18. September 2015 – [L 4 R 864/15](#) –; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 11. Dezember 2015 – [L 4 R 4616/14](#) – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18. März 2016 – [L 4 R 3006/15](#) – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 24. Oktober 2016 – [L 4 R 4834/15](#) – n.v.). Nichts anderes gilt für eine Somatisierungsstörung, also das Vorliegen multipler, wiederholt auftretender und häufig wechselnder körperlicher Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen (F45.0), weil dies nichts über die für die berufliche Leistungsfähigkeit allein relevanten funktionellen Beeinträchtigungen aussagt (Beschluss des Senats vom 29. Januar 2018 – L 7 R 2018/17 – n.v.). Der Senat legt hier die festgestellte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) zugrunde, also einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Prof. Dr. S. hat ausdrücklich festgestellt, dass das Ausdauerleistungsvermögen des Klägers hierdurch nicht beeinträchtigt ist und dass es keine Hinweise auf Störungen basaler Motivations- und Antriebsfunktionen gibt. Auch Dr. Z. (Gutachten vom 30. Juli 2012) und Dr. M. (Gutachten vom 20. Dezember 2012) haben dem Kläger ein vollschichtiges bzw. mehr als sechsstündiges Leistungsvermögen attestiert. Privatdozent Dr. D. hat – wenn auch vor Beginn des hier streitigen Zeitraums – sogar auf der Basis der Diagnose einer rezidivierenden depressiven, gegenwärtig mittelgradigen Episode ein mehr als sechsstündiges Leistungsvermögen des Klägers angenommen.

(3) Ob dem Kläger ein Arbeitsplatz vermittelt werden kann oder nicht, ist für den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht erheblich. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Maßgebend ist, ob der Kläger mit dem ihm verbliebenen Restleistungsvermögen – wenn auch mit qualitativen Einschränkungen – in der Lage ist, zumindest körperlich leichte Tätigkeiten arbeitstäglich für mindestens sechs Stunden zu verrichten, er also in diesem zeitlichen Umfang unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig sein kann, wovon im Regelfall ausgegangen werden kann (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 19. Oktober 2010 – [B 13 R 78/09 R](#) – juris Rdnr. 31). Dies bejaht der Senat wie zuvor dargelegt.

(4) Eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegen nicht vor. In einem solchen Fall kann der Arbeitsmarkt selbst bei einem noch vorhandenen sechsstündigen Leistungsvermögen ausnahmsweise als verschlossen gelten (siehe – auch zum Folgenden – etwa LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21. November 2014 – [L 4 R 4797/13](#) – n.v.). Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf noch vorhandenes Restleistungsvermögen nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten.

Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegt nur vor, wenn bereits eine erhebliche (krankheitsbedingte) Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Hierzu können – unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände – beispielsweise Einäugigkeit, Einarmigkeit und Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit sowie besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz zählen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 – [B 5 R 68/11 R](#) – juris Rdnr. 28 m.w.N.). Keine dieser Fallkonstellationen ist hier gegeben.

(5) Auch die Wegefähigkeit des Klägers war und ist gegeben. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit eines Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle in zumutbarer Zeit aufsuchen zu können. Das BSG hat dieses Vermögen nur dann für gegeben erachtet, wenn es dem Versicherten möglich ist, Entfernungen von über 500 Metern zu Fuß zurückzulegen, weil davon auszugehen ist, dass derartige Wegstrecken üblicherweise erforderlich sind, um Arbeitsstellen oder Haltestellen eines öffentlichen Verkehrsmittels zu erreichen (zum Ganzen z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 – [13/5 RJ 73/90](#) – juris Rdnr. 16 ff.; Urteil vom 12. Dezember 2011 – [B 13 R 21/10 R](#) – juris Rdnr. 21 f.; Urteil vom 12. Dezember 2011 – [B 13 R 79/11 R](#) – juris Rdnr. 19 f.). Der Kläger ist in der Lage, eine Gehstrecke von 500 Metern viermal täglich in weniger als 20 Minuten zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Aus den ärztlichen Äußerungen ergeben sich keine Befunde, die für eine unter den genannten Maßstäben eingeschränkte Gehfähigkeit des Klägers sprechen. Im Gegenteil haben die gerichtlichen Sachverständigen Dr. K. und Prof. Dr. S. die Wegefähigkeit des Klägers ausdrücklich bejaht.

c) Ein weiteres Sachverständigengutachten war nicht einzuholen. Der Sachverhalt ist aufgeklärt. Seinen Antrag nach [§ 109 SGG](#), Dr. B. als Sachverständigen zu hören, hat der Kläger nach Hinweis des Berichterstatters auf die Absicht des Senats, die Berufung durch Beschluss zurückzuweisen, nachdem Dr. B. die Erstellung eines Gutachtens abgelehnte hatte, nicht wiederholt. Der Kläger hat auch keinen anderen Arzt benannt. Ein solcher Antrag wäre auch gemäß [§ 109 Abs. 2 SGG](#) abzulehnen gewesen, da durch dessen Zulassung die Erledigung des Rechtsstreites verzögert worden wäre; ein Antrag, einen Arzt gutachtlich zu hören, der hierzu nicht binnen drei Monaten bereit ist, steht einem aus grober Nachlässigkeit nicht früher gestellten Antrag jedenfalls dann gleich, wenn der Kläger – wie hier – vom Gericht ausdrücklich aufgefordert worden war, einen Arzt als Sachverständigen zu benennen, der zur Erstellung eines Gutachtens binnen drei Monaten bereit ist.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-06-10